

CUADERNOS DE HISTORIA

3

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HISTORICAS
UNIVERSIDAD DE CHILE JULIO 1983



SALUD, IDEOLOGIA Y DESARROLLO SOCIAL EN CHILE 1830-1950*

René Salinas M.

INTRODUCCION

Aunque la Historia aparece más corrientemente unida a la casi totalidad de las ciencias sociales, como la economía, la sociología, la antropología o la demografía, puede también contactarse con otras ciencias de las denominadas exactas, por cuanto se encuentra situada, como apunta Le Roy Ladurie, en medio de un variado y multifacético cruce de caminos. No siempre en el estudio del pasado resulta fácil esta hermandad científica y a menudo hay que romper estereotipos, cuando no crear de la nada para proyectarse objetivamente desde otra ciencia en el humano acontecer.

No obstante, el esfuerzo que demanda esta tarea es generalmente gratificante y enriquecedor. No en vano señalaba L. Febvre que en las fronteras con las otras ciencias los historiadores pueden realizar descubrimientos que suelen ser muy relevantes —y a bajo costo aunque con alto esfuerzo—, ya que la variedad de archivos y fuentes, a veces ni siquiera explorados, así lo permite. El historiador, por lo demás, se beneficia grandemente con la variedad y libertad del comportamiento humano, lo que permite encontrar siempre nuevos materiales que agregar a su inventiva científica¹.

Con el avance y el progreso en las ciencias, y su proyección en las fronteras del conocimiento, sobreviene una cierta obligación para el historiador de procurarse materiales con los cuales intentar una confrontación pluridiscipli-

*Queremos agradecer el aporte financiero otorgado por la Dirección General de Investigaciones de la Universidad Católica de Valparaíso, para la realización de esta investigación. Igualmente estamos reconocidos de la ayuda recibida de la profesora María Teresa Cobos y del ayudante Manuel Delgado.

¹E. LE ROY LADURIE, "Le Territoire de l'historien", Gallimard, Paris, 2 volúmenes, 1973 y 1978. L. Febvre, "Combats pour l'histoire", A. Colin, Paris, 1965.

naria. Estos principios han inspirado la investigación que hemos desarrollado en el último tiempo y de la cual el presente artículo contiene algunas primeras notas. Podríamos resumir su objetivo en los términos de un análisis sociobiológico-histórico.

Por de pronto, más que conclusiones, estas páginas contienen aproximaciones, signos, testimonios acerca de la salud y la enfermedad en la sociedad chilena del siglo XIX. Todavía estamos muy lejos de un balance general. Además, una parte importante de los objetivos que se ha fijado la investigación corresponde a un estudio pluridisciplinario, a través del cual alcanzar la formulación de una problemática biohistórica. La historia de la salud es nueva y, como todas las cosas nuevas, se ubica en un punto de contacto con otras historias sectoriales: demografía histórica, historia de la higiene, de la tecnología, del urbanismo, de la alimentación, etc. Con el análisis de la salud en una sociedad como la chilena del siglo XIX, apuntamos más bien a una historia de la vida cotidiana; a la vida del hombre medio. Es por eso que anteriormente hablábamos de una aproximación sociohistórica. A modo de ejemplo, una de las variables que analizamos, las enfermedades, son un fenómeno masivo de innegables repercusiones en vastos sectores del quehacer humano: la economía, la demografía y hasta las costumbres.

En una investigación de esta naturaleza es necesario señalar algunas de las características de las fuentes y de cómo han sido utilizadas. Las fuentes que nos han proporcionado información útil para el conocimiento de algunas de las variables en cuestión, son heterogéneas, discontinuas y, a veces, muy indirectas. Sin embargo, su gran variedad permite encontrar a menudo algunas referencias con que suplir la discontinuidad histórica. Con todo, hay ciertos aspectos de la investigación que han sido más privilegiados, hecho que está en directa relación con la disponibilidad de la información existente.

Así por ejemplo, son muy abundantes las referencias explícitas e implícitas a lo que hoy llamaríamos "políticas de salud" y a lo que en el texto de este artículo designamos como "discurso histórico-ideológico". En cambio, es menos la información acerca de los indicadores de salud y todo lo concerniente a la disponibilidad de recursos físicos. Por último, tampoco hemos podido hasta aquí intentar una reconstitución de la disponibilidad de recursos económicos, ya que la ausencia de datos de esta naturaleza es casi total. En cambio, en lo que atañe a la historia de la atención médica o de la "medicalización", la documentación que hemos podido reunir es significativa, y se ha transformado en un sector específico de la investigación.

Aparte de las colecciones documentales administrativas que se guardan en el Archivo Nacional, como por ejemplo los volúmenes relativos a Policía Médica², y los artículos de prensa de la época, cuya explotación sistemática recién estamos iniciando, existe una enorme gama de publicaciones especializadas en las cuales se exponen sistemáticamente opiniones personales, e informes especializados acerca de la salud. Tales colecciones son la base docu-

² Archivo del Ministerio del Interior. Volúmenes 1.454 al 1.459. Volúmenes 1.468, 1.524 y 1.525.

mental más importante de nuestra investigación. Su lista es larga, pero podemos mencionar algunos: Los Anales de la Universidad de Chile (AUCH), la Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva (RHMP), la Revista de Beneficencia (RB), la Revista Médica de Chile (RM) y el Boletín de Higiene y Demografía (BHD).

A veces pueden utilizarse también los informes generales redactados por uno o más expertos de una determinada materia cuya finalidad es dar a conocer a un público mayor los aspectos más relevantes de un determinado indicador de los que hemos considerado en la investigación. Por vía de ejemplo, podemos citar el estudio de Adolfo Murrillo: "Higiene et Assistance Publique", publicado en 1889, con ocasión de la Exposición Universal de París. Del mismo modo, puede señalarse la encuesta sobre alimentación realizada por Carlos Dragoni y Et. Burnet: "L'Alimentation populaire au Chili", cuyo texto fue presentado al gobierno chileno en 1934.

Especial mención debe hacerse de los archivos hospitalarios y de los de las sociedades de Beneficencia Pública, cuyos fondos se encuentran actualmente en el Archivo de la Historia de la Medicina. Aunque sin catalogar, es éste un material perfectamente accesible al investigador, merced a la gentileza del personal encargado de su custodia.

Señalemos por último una abundante y variada bibliografía acerca de la historia de la medicina en Chile. Si bien su contenido es de valor desigual para los objetivos perseguidos por nuestra investigación, muchos títulos son reveladores de intereses y preocupaciones que coinciden con los nuestros y que merecen ser tenidos cuenta³.

LA IDEA DE LA SALUD

Entendemos el término idea como sinónimo de concepción, de visión, de imagen, que acerca de esta materia se tuvo durante la segunda mitad del siglo XIX. Dicho en otras palabras, queremos presentar aquí la forma en que se entendió la existencia de un sistema de salud y las medidas adoptadas más próximas a lo que se denomina "políticas de salud". Lo que generalmente se entiende hoy en día por salud pública, se identificó durante el siglo XIX bajo otras expresiones: higiene, salubridad, beneficencia, medicina preventiva y social, etc.; y si bien hubo más de un intento por evaluar seriamente las necesidades de salud de la población y los recursos con que se contaba para hacerle frente, sus resultados nunca se tradujeron en un cuerpo coherente y sistemático, o sea, en una política propiamente tal.

Siempre se tuvo claro que era necesario conocer el comportamiento de los "indicadores de salud", para un análisis real del sector, pero nunca se llegó a una evaluación de todo el sistema, que hubiese permitido bosquejar las modificaciones requeridas. Como siempre se consideró la salud una responsabilidad

³XIMENA ABALOS DEL PEDREGAL, "Bibliografía para el estudio de la Historia de la Medicina en Chile", en *Anales de Historia de la Medicina*, 3, 1961, pp. 267-309.

prioritaria del individuo, en último término no pudo existir una real política en la materia. Para todo aquel sector de la población —mayoritario, por lo demás— de insuficientes recursos para asumir individualmente esa responsabilidad (identificados en el concepto de “indigentes”), la caridad pública, la filantropía y el Estado, en una mínima medida, organizaron servicios sanitarios gratuitos.

Hoy en día se considera condición absolutamente esencial para atender integralmente las necesidades de la salud, la disponibilidad de recursos humanos debidamente formados y adiestrados⁴. Este principio, aceptado de un modo tácito desde mediados del siglo XIX, implicó un proceso que hemos denominado “medicalización” de la sociedad, y que creemos se constituyó en una preocupación constante del período que estudiamos, alcanzando incluso un éxito relativo. Volveremos sobre ello más adelante, pero podemos señalar que esta investigación ha intentado dilucidar algunos puntos convergentes de este problema: ¿Cómo se fue sensibilizando la opinión pública frente a la medicina? ¿Cuál fue el aumento cuantitativo del “consumo médico” a lo largo del período? ¿Cuál fue la importancia social que alcanzó el médico en Chile? En estos aspectos de la investigación las necesidades de contacto interdisciplinario se hacen imprescindibles. La sociedad chilena del siglo XIX no ignoró una serie de elementos de esos problemas, tales como la formación profesional del médico; la necesidad de disponer de equipo moderno para un mejor diagnóstico y tratamiento; la mayor atención y dedicación a la investigación biomédica y al mejoramiento de las condiciones físicas de edificios e instalaciones. Pero tal vez, a diferencia de otros sectores, los resultados fueron menos significativos que los esperados.

Sólo muy a finales del período que estudiamos se fue abriendo paso una cierta “socialización” de la salud, y la beneficencia privada dio lugar a un concepto de salud pública. Gran influencia tuvo en esta transformación la necesidad de atender situaciones coyunturales, a veces de extrema gravedad, como ser las agudas epidemias de viruela, de tífus o de cólera, a las cuales la limitada e improvisada beneficencia privada no podía hacer frente. Su consecuencia inmediata fue la aparición de servicios de salubridad. Por ejemplo, la vacuna obligatoria.

También podemos señalar que la frecuencia y agudez con que se manifestaban las enfermedades, y muy especialmente la mortalidad que provocaban, fueron preferentemente los parámetros que sirvieron para juzgar los niveles de salud colectiva. De ahí el constante impacto que generó a lo largo de todo el período estudiado la mortalidad infantil. De ello también nos ocuparemos más adelante.

Volvamos ahora a la “concepción” de la salud, a la idea que la sociedad se hacía de ella. En los primeros años de organización de la República, la salud se constituyó en una preocupación —aunque sólo muy poco en una atención—

⁴DR. ALFREDO L. BRAVO, “Sistemas y Modelos de organización de la Salud”, en *Desarrollo Social y Salud en Chile*, Santiago, 1979, T. I, p. 27.

del Estado. Esta preocupación se manifestó especialmente en los deseos de estructurar una administración sanitaria; aspiración que fue recogida por disposiciones constitucionales que la confiaron al Presidente de la República y, a nivel regional y rural, a las Municipalidades⁵. Se apuntaba a la infraestructura sanitaria de la ciudad (aseo, desagües, mataderos, vigilancia de la calidad del abastecimiento alimenticio, etc.), pero muy poco a la atención directa de la salud de la población. Tal vez la primera atención prestada a este último aspecto surgió con el servicio de vacunación, organizado en 1830 y en adelante sistemáticamente perfeccionado. Demás estaría señalar la existencia de algunos hospitales fundados durante la Colonia.

Sin embargo, en los decenios posteriores, la atención y el cuidado de la salud pública fueron "privatizándose" ininterrumpidamente, dentro de un proceso que parece ser general a toda la vida del país, en la medida en que se iba imponiendo una concepción liberal de la organización social. La privatización o "liberalización" generó un retroceso en el avance y perfeccionamiento de las "políticas de salud". Todavía en 1884 un observador se lamentaba de que se hubiese dejado a Santiago desprovisto de todo "adelanto material en el ramo de la salud pública". El mismo agregaba: "Puede decirse que este ramo ha sido descuidado completamente, y no ha merecido de parte de los hombres más o menos progresistas que la han gobernado la más mínima atención en el sentido de su progreso higiénico"⁶. Al no haber una clara conciencia de una política de salud, se siguió identificando ésta con la "sanidad": "Se cree —decía el mismo observador—, que la higiene consiste en barrer las calles y plazas, en pintar el frente de los edificios, o en hacer cosas tan desatinadas como la nivelación de las acequias"⁷.

La idea más común de la salud era la de una atención individual. Sólo el interés individual se consideraba suficiente. En otras palabras, la suma de intereses individuales debía dar como resultado el bienestar de la comunidad⁸.

⁵F. PUGA BORNE, "Reseña Histórica de la Higiene Pública en Chile", en Hené Waffet, *El Cuerpo Médico y la Medicina en Chile*, Santiago, 1936, pp. 421-433. E. Laval y R. García Valenzuela, "Síntesis del desarrollo histórico de la salubridad en Chile", en *Revista del Servicio Nacional de Salud*, 1956, pp. 23-29. Francisco Vio V., "El Derecho a la salud en la legislación chilena", Santiago, 1956, pp. 15-25. Esteban Iovovich e Isauro Torres, "Orígenes y desarrollo de la Beneficencia Pública en Chile", en *Revista de Asistencia Social*, 1933, pp. 97-123.

⁶ISAAC UGARTE, "La ciudad de Santiago bajo el punto de vista de su higiene", en RM., XIII, 3, 1884, p. 81.

⁷Id. ant. p. 82. Durante el gobierno de Balmaceda se adoptaron una serie de disposiciones sanitarias que testimonian una mayor injerencia del Estado en esta materia. Ello no sería novedad si tenemos en cuenta que toda la administración balmacedista impulsó una mayor participación del Estado en la administración nacional. Sin embargo, también estas medidas respondieron a situaciones coyunturales muy precisas y sus resultados fueron muy limitados. Se trató fundamentalmente de leyes y reglamentos de muy poca acción práctica, y terminado el gobierno balmacedista se abandonaron todas esas preocupaciones. Véase *Ordenanza General de Sanidad*, 10 de enero 1887, en RCh. Hig., 3, octubre 1894, pp. 388-397.

⁸"...el interés individual es suficiente y cada uno en su esfera hará lo posible para su propia conservación, y la salud de cada uno implica la del conjunto de una masa social". Cf. Isaac Ugarte, "Algunas reflexiones sobre el estado de la salubridad pública en Chile", en AUCH, 1875, p. 146.

La privatización de la salud se hizo no sin cierta oposición, pero finalmente primó el criterio de que la propia "comunidad" (o sea, los sectores elitarios de las ciudades) eran la mejor garantía para una buena administración y funcionamiento de los mecanismos sanitarios. Por ello es que se subordinaron los establecimientos asistenciales y la proposición de políticas sanitarias a las juntas de "vecinos honorables". A fin de evitar que el Estado destinara fondos propios al financiamiento de este sector (un Estado que, por lo demás, carecía de medios tributarios adecuados, ya que la política económica del liberalismo no los contemplaba), se pensó que la iniciativa privada de los sectores económicos más poderosos podría asumir la tarea. El argumento que garantizaría esta acción privada era el "espíritu de caridad". Se estaba todavía muy lejos de la idea de "salud pública" entroncada con las estructuras económicas y sociales de la comunidad.

La privatización permitió entonces constituir verdaderas empresas privadas que se identificaron con las Juntas de Beneficencia. Sus recursos se nutrieron de donaciones particulares a través de bienes raíces, censos, rentas, etc., que alcanzaron altas cifras. En 1911 se calculaba en unos cincuenta millones de pesos el patrimonio de la Beneficencia, con una rentabilidad superior al 10% anual⁹. El origen y destino de estos importantes recursos, la procedencia social y familiar de las juntas directivas, las interrelaciones socioeconómicas de estos organismos con la sociedad local y nacional, etc., son algunos de los aspectos que nuestra investigación pretende dilucidar.

La Beneficencia, pues, se inspiró y fundamentó en la idea de la caridad y se cobijaba bajo el concepto de asistencia social. Al comienzo tuvo un origen religioso y se expresó a través del espíritu de justicia y caridad cristiana preocupado por el mejoramiento de las malas condiciones de vida de importantes sectores de la población. Fue justamente con "el objeto cristiano de curar y consolar a los enfermos" que se propuso en 1846, en el seno de la Sociedad Chilena de Agricultura, una iniciativa de socorros a domicilios, y fue ese mismo espíritu el que animó la creación de la sección de Beneficencia de esa misma Sociedad¹⁰. Este espíritu impregnará prácticamente todo el "sistema de beneficencia" que funcionó en el país a mediados del siglo XIX, aun cuando en el transcurso de esa centuria la creciente influencia del liberalismo irá acentuando los rasgos privado e individual, dando como resultado una marcada tendencia paternalista en las políticas, o mejor dicho en las decisiones relativas a la salud, en las que la Beneficencia toma parte. El Estado no participaba, ya que se considera que es tarea "excesiva" y contraria a sus objetivos. El Estado no podía asumir la responsabilidad de la salud por los recursos que ello demandaba y por los riesgos que implicaba¹¹. Por el contrario, se pensaba que el medio

⁹ROBERTO DEL RÍO, "Beneficencia Pública", v Conferencia Sanitaria, 1911, p. 267.

¹⁰V. MAXIMILIANO SALINAS CAMPOS. "El Laicado Católico de la Sociedad Chilena de Agricultura y Beneficencia", Santiago, 1980, pp. 30-34.

¹¹"...el gobierno se haría cargo de una tarea excesiva, en gran parte contraria al objetivo de su institución, y que, sobre todo, le traería una enorme responsabilidad en muchos casos difíciles y

más adecuado para otorgarle un funcionamiento dinámico a la acción benéfica era desvincularla de toda injerencia gubernamental, dejándola sometida sólo al interés de la caridad privada de "hombres buenos y conocidamente filantrópicos, que se consagren con abnegación al alivio de la desgracia"¹². Si los recursos eran privados sólo esa misma iniciativa privada podía orientar y decidir su utilización. El Estado no tenía ni los recursos ni la capacidad para superar los beneficios de la caridad "que vive sólo de la abnegación y el sacrificio"¹³.

En una concepción de la salud emanada de la iniciativa privada e impregnada de una acción caritativa y paternalista, jamás hubo ni se propusieron programas, proyectos o políticas de mediano o de largo plazo. Los objetivos eran meramente coyunturales y se reducían a cuidar de la mejora de los establecimientos caritativos o a propuestas de nuevos servicios, siempre que los recursos lo permitieran. Frente a una precaria realidad sanitaria, si no deficiente para la gran mayoría de la población, las contingencias cotidianas sobrepasaban con mucho su improvisación. La miseria acrecentada amenazaba con transformarse en una exigencia desbordante para la Beneficencia e incluso para el orden social. Se apeló entonces a los ingenuos principios que el liberalismo ilustrado decimonónico hizo suyos, para asegurar el éxito de la salud colectiva. Esto es, el interés moral que debe tener el individuo por ayudar al desamparado y reducir la miseria; postulados que fundamentarán la obra benéfica de la salud, contribuyendo con ello a "asegurar el orden" de la sociedad liberal amagado por el aumento del infortunio y de la miseria en una masa cada vez en situación más desvalida.

La creciente marginación advertida en las principales ciudades, junto con la mayor proletarización y la incipiente industrialización, vinieron en agravar las desigualdades sociales: "La vida del pobre va haciéndose aquí cada día más angustiosa y difícil", decía un parlamentario en el Congreso en 1877. Se agudizaba con la fuerte alza del costo de la vida, que reducía aún más el número de ciudadanos capaces de solventar los gastos de salud a través de sus recursos propios, exclusivamente. Todo esto, según opinión del mismo parlamentario "ha resultado por necesidad un número mucho mayor de individuos desvalidos que hoy no pueden subsistir sin los auxilios de la beneficencia"¹⁴. La iniciativa privada (¿el liberalismo?) tomó conciencia del problema, pero lejos de concebir una solución por la vía del Estado, propuso, en cambio, reformar la institución existente mediante un aumento de sus recursos y a través de una "descongestión" de los servicios. Si la caridad podía orientarse hacia las Juntas de Beneficencia, también podría expresarse de un modo directo mediante la antigua distribución de socorros domiciliarios. En lo relativo a la salud, esto significaba lisa y llanamente dejar sin ninguna atención al necesitado.

Digamos también que la idea de la salud fundada en la caridad privada sin

hasta imposibles de prever", Cf. MARCIAL GONZÁLEZ, "Reorganización de la Beneficencia Pública en Santiago", Santiago, 1877, p. 379.

¹²Id. ant., p. 380.

¹³Id. ant., p. 382.

¹⁴Id. ant., p. 392.

excluir el origen religioso, en la segunda mitad del siglo XIX se presenta en las Juntas de Beneficencia y en los públicos defensores de su gestión, como una expresión de laicismo, que la concepción liberal quiso reforzar en un período en que se suceden agudos conflictos laico-religiosos. El primitivo rasgo espiritual que animaba a la caridad cristiana, emanada de la Ilustración Católica, se fue perdiendo y, en cambio, la acción benéfica en el terreno de la salud se presentó como una caridad social. Es por ello que finalmente no se excluyó del todo una posible ayuda fiscal. Sin embargo, las necesidades de salud continuaban y aumentaban en proporciones mucho mayores que la atención que podía dispensar la Beneficencia privada. Antes de que el Estado asumiese su papel, se produjo una reacción social contra el paternalismo benéfico. A fines del siglo XIX ya estaban organizadas unas cuantas sociedades que trataban de garantizar atención sanitaria a sus asociados, prescindiendo de los organismos o de los controles de la Beneficencia. Constituidas en un comienzo como sociedades de socorros mutuos, dieron cabida también a algunas prestaciones de salud, servicios médicos, medicación y otros.

Esta evolución y cambio en el concepto de salud se acentuó en la primera década del siglo XX, conjuntamente con el despertar de la conciencia proletaria que los analistas contemporáneos denominaron la "cuestión social". Se concentraron especialmente en las provincias "obreras" (Tarapacá, Antofagasta, Valparaíso), en las que el sistema de atención de salud era más deficitario y, en consecuencia, la población más desvalida. Pero esta atención sanitaria seguía siendo privada, aunque fundada sobre conceptos y principios absolutamente diferentes de los que inspiraron la Beneficencia del siglo XIX. El Estado, no obstante, seguía sin participar en la materia.

EL DISCURSO HISTÓRICO-IDEOLÓGICO SOBRE LA SALUD

La actitud de una sociedad frente a la salud, la importancia que le asigna y las medidas que adopta para su atención y desenvolvimiento constituyen un conjunto heterogéneo médico y para-médico a la vez. Todos estos aspectos recogen, de un modo u otro, las ideologías de la época y, muy en el fondo, se impregnan de los intereses sociales e ideológicos que preocupan a los componentes de la sociedad. En suma, se puede hablar de un "discurso ideológico" sobre la salud, aunque es menos visible, porque el fenómeno como tal parecería pertenecer al campo de lo "científico", de lo observable y de lo medible. En efecto, este último rasgo empírico es claramente discernible a través de los diagnósticos y de las soluciones propuestas. Pero junto a él se desliza también un nivel ideológico, en el que comparecen otros aspectos propios del conjunto temático que inspira la ideología de la época: la educación como motor del desarrollo, la religión, la moral, el nacionalismo, etc.

Los contemporáneos del siglo XIX tuvieron una clara percepción sobre la salud de su época, y a menudo se impactaron con algunas de sus consecuencias, como la muerte. Aunque es éste un fenómeno que ha preocupado siempre al ser humano, en la época que estudiamos se lo analizó desde diversos ángulos.

Uno de los que más atrajo la atención fue el que podríamos llamar "desigualdad social ante la muerte". Ello implicaba percibir la salud como un fenómeno social y a menudo fue establecida la relación entre miseria social y sobremortalidad. La forma de enfocar el problema no era nueva. Ya había sido planteada en el siglo XVII, en Inglaterra, y ampliamente reformulada en los siglos posteriores en todo el mundo¹⁵.

Directa e indirectamente, explícita o implícitamente, todos cuantos se ocuparon de la salud destacaron la desigualdad social frente a la muerte: "... los muertos que con mayor contingente contribuyen a alzar la cifra de nuestra mortalidad son de aquellos que dejan un vacío muy fácil de llenar... son, en una palabra, los niños, y los niños de las clases inferiores de la sociedad"¹⁶. También refiriéndose a la mortalidad juvenil, Adolfo Murillo denunciaba en 1875 que "más de las cuatro quintas partes de estas defunciones la forman los pobres de solemnidad, cuyo ningún hábito de higiene y cuyo modo de vivir medio salvaje apresuran la muerte de sus hijos"¹⁷.

Invitado por la Universidad de Chile en 1925, un higienista belga se hacía eco de la situación, señalando en una de sus conferencias que la desigualdad de las clases sociales ante la muerte era profunda y lo era también la preponderancia de la mortalidad de las clases menos favorecidas en todas las edades de la vida, afectando ambos sexos, y no tanto por causas de orden profesional, como de origen social. Los decesos excedían en la clase más pobre del séxtuple de la mortalidad de los grupos acomodados de la población, y la mortalidad infantil estaba sometida, más que la mortalidad general, a la acción de los factores sociales¹⁸. Esto venía a corroborar una encuesta parcial y simple hecha por R. Dávila Boza con la información de los registros parroquiales de Santiago, demostrando que, entre 1873 y 1883, por cada mil niños bautizados en la parroquia de la Catedral murieron 306 "párvulos" (niños menores de 7 años), mientras que en la parroquia de Santa Ana la proporción fue de 621¹⁹. El propio Murillo anotaba en 1889, con ocasión del informe preparado para ser difundido en la Exposición Universal de París, que la alta mortalidad del país se debía, entre otros factores, a la miseria con que arrastraba su existencia la gente del pueblo, agregando: "Creemos que en Chile la mortalidad de la clase pobre, comparada con la de las clases ricas, es más grande que la de la mayor parte de los países europeos, exceptuando Irlanda"²⁰.

Observaciones como éstas se encuentran a cada paso. A veces se las asocia con algunos vicios muy difundidos entre la población, como el alcoholismo²¹, o

¹⁵JOHN GRAUNT, "Natural and Political observations... upon the Bills of mortality", London, John Martyn, MDCLXXVI. Johan Peter Frank, "The People's Misery: Mother of Diseases", en *Bulletin of the History of Medicine*, 9, 1, 1941, pp. 81-101.

¹⁶R. DÁVILA BOZA, "Mortalidad de los niños en Santiago", en RCH. Hig., v, 1899, p. 275.

¹⁷ADOLFO MURILLO, "Geografía Médica", en AUCh., enero 1875, P. 18.

¹⁸RENÉ SAND, Segunda Conferencia. La Demografía, la Antropología, la Psicología y la Patología Social. RBP., pp. 20-33, IX-1925.

¹⁹R. DÁVILA BOZA, op. cit., p. 295.

²⁰ADOLFO MURILLO, "Hygiene et Assistance Publique", París, 1889, pp. 55-56.

²¹"Puede asegurarse que la mitad de los niños que mueren son víctimas de su raquitismo. Pocos

bien se los hace más evidentes por su acentuación epidémica²². Pero en general, los observadores apuntan claramente a la correlación entre pobreza y sobremortalidad.

Tomando en cuenta todos los análisis que hemos podido conocer sobre la salud pública de Chile durante el siglo XIX resaltan nítidamente tres factores principales: mortalidad infantil, ignorancia sobre la higiene e insalubridad en los medios de vida (barrios, viviendas, vestuario, alimentación, etc.). Por lo general, se establece una correlación entre el estado de la salud en Chile (evaluado siempre como deplorable), y alguno o todos los elementos anteriores. Pero, la regla permanente que está en todos ellos es la responsabilidad que se asigna a la falta de hábitos higiénicos de toda la población y, muy especialmente, de los grupos más modestos. La salud se transforma de este modo en una cuestión de más o menos conocimientos²³.

Un analista de mediados del siglo XIX resumía las causas que originaban la alta mortalidad destacando en primerísimo lugar "la falta de hábitos higiénicos e ignorancia", aparte de la mala condición de las habitaciones, de la pésima calidad de los alimentos, etc.²⁴. En otro escrito se sostiene que la alta cifra de defunciones es el resultado de "la natural poca resistencia... contra los ataques que emanan en primer lugar de la ignorancia, muchas veces completa hasta de las más triviales reglas de la higiene"²⁵. De preferencia las causas de la alta mortalidad infantil fueron preocupación permanente del cuerpo médico. Un destacado higienista señalaba en 1911 que ellas "pueden resumirse en un gran desconocimiento de la higiene de la infancia, principalmente en cuanto a la alimentación, y en las condiciones de permanente insalubridad en que viven nuestras clases proletarias"²⁶.

De este modo, la ignorancia de la higiene de la infancia, o el descuido en su aplicación regular, eran la piedra de toque en los análisis sobre la salud. A ello se sumaba la deficiente alimentación, las condiciones insalubres de los hogares y la calidad del vestuario, todo lo cual actuaba con mayor intensidad en los niños de las clases pobres, acentuando la morbilidad²⁷. En forma muy directa, Carlos Sommers en 1897 se refería a que "entre las causales más primordiales de tan alta mortalidad figura la falta de hábitos de higiene en nuestro pueblo, y la carencia de cuidados que tan necesarios son a los niños en la primera infancia,

mueren de hambre, muchos por la miseria y su horrible séquito...". V. Tirso Rodríguez, "El Alcoholismo y su remedio legal", en *Revista Económica*, 2, 16, 1888, p. 277.

²²"Es necesario señalar que tales azotes se producen casi exclusivamente en la clase pobre, carente de hábitos higiénicos...". Cf. Edouard Séve, "*Le Chili tel qu'il est*", Santiago, 1876, p. 186.

²³Martin Tétrault, "L'inegalité sociale devant la mort et la perception de la santé chez les contemporains a Montréal pendant la seconde moitié du XIX e siècle", en *Nouvelles Recherches Québécoises*, 1, 2, 1977, pp. 59-81.

²⁴Wenceslao Díaz, "Geografía Médica de Chile", en *RM*, 3, 9, 1875, p. 340. *AUCh.*, 1875, p. 122.

²⁵Ramón E. Vega, "Estado sanitario de La Serena", *RMCh.*, Nov. 1882, p. 196.

²⁶R. DÁVILA BOZA, "Demografía en general y de las ciudades y puertos principales", V Conferencia Sanitaria, Santiago, 1911, p. 127.

²⁷R. DÁVILA BOZA, "Apuntes sobre el movimiento interno de la población de Chile", *RMCh.*, Sept. 1876, 270. A. MURILLO, "La Mortalidad en Santiago" *RMCh*, Dic. 1892, pp. 556-561.

causas que, unidas a las no menos despreciables de malas condiciones de vida de las poblaciones, no dotadas de buenas aguas de bebida, malas habitaciones de obreros, pésimo sistema de alejamiento de las inmundicias con sus continuos desbordes de acequias, que afectan el suelo y el aire con toda clase de gérmenes infecciosos, y el alcoholismo, ofrecen medio propicio para el desarrollo de todo género de enfermedades"²⁸.

Los anteriores testimonios demuestran hasta dónde el desconocimiento de la higiene se presenta siempre como el elemento fundamental. "Tanto, que si hubiéramos de resumir en una sola todas las causas de su excesiva mortalidad, diríamos sin vacilar que esta causa es la ignorancia supina de nuestro pueblo en materia de higiene. No habría en tal afirmación ninguna exageración, porque en la realidad de los hechos se ve y se palpa que sin esta ignorancia tan crasa de nuestro pueblo, todas las causas de mortalidad de la infancia quedarían muy atenuadas en sus efectos"²⁹. Así, pues, ninguna medida de mejoramiento sanitario habría podido prescindir de esta realidad básica, primaria y elemental; la ignorancia de la higiene. Si se le desconocía, la crítica realidad no se modificaba y algunos analistas llamaban la atención sobre la indiferencia con que este hecho era observado por la gente en general³⁰.

Son pues numerosos los análisis que se hacen del mal estado de la salud. Para explicarlo, se pone en evidencia la falta de conocimiento higiénico de los grupos sociales más modestos. Las elevadas tasas de mortalidad juvenil y las no menos significativas de mortalidad general tendrían su origen en la ignorancia de las clases pobres. "La causa principal depende de la falta casi absoluta de conocimientos que tienen las personas de lo relativo a la higiene"³¹. Pero ¿bastaría solamente con conocer bien las reglas de la higiene para alcanzar un buen estado de salud?

En todo caso, se intentó difundir la enseñanza y el conocimiento de la higiene como un medio de paliar las deficiencias. Inspirados en utópicos criterios, muchos creyeron que así solucionaban el "problema sanitario"; de paso elaboraron un programa de educación muy de acuerdo con el romanticismo liberal decimonónico.

En 1872 se dictó un decreto haciendo obligatoria la asignatura de Higiene en los colegios fiscales, pero los resultados no estuvieron a la altura de las expectativas. Y no podía ser de otra manera ya que la preparación y los conocimientos previos que se necesitaban eran ignorados por estudiantes y maestros³². Quin-

²⁸CARLOS A. SOMMERS, "La mortalidad en Chile", R. CH. Hig. 12, Sept. 1897, p. 382.

²⁹R. DÁVILA BOZA, "Mortalidad de los niños en Santiago", R. Ch. Hig., V. 1899, p. 341.

³⁰ISAAC UGARTE G., "Algunas reflexiones sobre el estado de la salubridad en Chile", RM., 1875, enero-febrero, pp. 375-377. A. MURILLO, "Informe sobre la educación física y la enseñanza de la higiene en las escuelas y liceos de la República, presentado a la Facultad de Medicina", AUCh., 1872, julio, p. 477.

³¹ISAAC UGARTE G., "Algunas reflexiones...", p. 378.

³²"Ahora podeis imaginaros, ¡qué excelentes higienistas nos saldrán de tales jóvenes! ¡Qué explicaciones tan académicas no podrán recibir de sus maestros por buena voluntad que éstos tengan! Sin tener ni siquiera rudimentos de física o de química, de jeografía física, de historia

ce años más tarde se reconocía que "la enseñanza de la higiene, entre nosotros más que imperfecta, es ridícula y bochornosa para nuestros decantados progresos"³³. Pero se seguía creyendo que así como en otras partes del mundo el mejoramiento de la higiene había detenido la alta mortalidad, también en Chile debía alcanzarse esa meta. El conocimiento de la higiene permitía superar las deficiencias sanitarias ligadas al vestuario, la alimentación, las habitaciones insalubres, etc. "No creo —dice Murillo— que basten el alcantarillado ni el abastecimiento abundante y barato de una buena agua potable. Hay que instruir al pueblo, educarlo, levantar su espíritu y hacerle comprender el bien de una vida sana y la influencia fatal de los vicios en la morbilidad y en la muerte prematura"³⁴.

Pronto quedó de manifiesto que la solución educativa para difundir los conocimientos sobre higiene era impracticable. Hubo un leve asomo de dar a la visión del problema sanitario una perspectiva más sociológica, en la que se establecieran relaciones entre ignorancia, alta mortalidad y malas condiciones de vida (barrios insalubres, mala alimentación, hacinamiento, etc.). Pero las disparidades socioeconómicas no fueron afrontadas directamente, por lo que se estuvo lejos de una supuesta "medicina social". Así, por ejemplo, en 1901, se señalaba que una fuerte proporción de la alta mortalidad era el resultado de enfermedades infecciosas que podían ser evitadas mediante el saneamiento de las ciudades. El informe concluía señalando: "es de esperar que cuando se logre dar con exactitud respuestas a esta cuestión, será más fácil obtener medidas que mejoren la salubridad del país"³⁵.

La respuesta ofrecida por la iniciativa privada y la concepción liberal del siglo XIX para atender la salud pública demostraron ampliamente su incapacidad para mejorar el estado sanitario del país. El Estado entonces comenzó a tomar parte más activa y más efectiva. La creación de un servicio de desinfección en Santiago, que acabó por hacerse obligatorio, alcanzó mayor éxito que la utópica difusión educativa de la higiene³⁶. Aun cuando sin solucionarse, las disparidades socioeconómicas fueron puestas de manifiesto tempranamente. Analizando los principales factores que explicarían las enfermedades de la población

natural, de astronomía, entenderán admirablemente las explicaciones de sus maestros. Sabrán tanto de composición de alimentos, de climas, de estaciones, de composición de las aguas, de organización humana, como el flautista de la fábula". "El estudio meramente teórico de la higiene en las escuelas primarias, y aun en los liceos, no puede producir fruto alguno práctico, por la sencilla razón de no estar los educandos en aptitud de poder dar a tal estudio la verdadera importancia que tiene". Cf. ISAAC UGARTE G. "Algunas reflexiones...", p. 377 y R. DÁVILA BOZA, "Mortalidad de los niños...", p. 353.

³³ISAAC UGARTE G., "La ciudad de Santiago y sus epidemias". RM., XIII, 1884, 4, p. 122.

³⁴ADOLFO MURILLO, "La Mortalidad en Santiago", RCh Hig., v, 1899, p. 49.

³⁵LUCIO CÓRDOVA, "El servicio de desinfección de Santiago durante 1896-1900", en R. Ch. Hig., vi, 1901, p. 59.

³⁶"Y aquí reside la importancia social que entre nosotros tiene la lucha contra las epidemias. Sanear nuestras grandes ciudades es oponerse a la despoblación, es aumentar la riqueza pública, es proporcionar salud y por consiguiente felicidad, es en fin conservar vigorosa toda una raza". Id. ant., p. 64.

chilena en 1875, W. Díaz anotaba: el trabajo se ha duplicado, cuadruplicado, bajo el aliciente del aumento del jornal que muchas veces no basta a cubrir las necesidades más premiosas de la existencia; el trabajo, el desgaste de las fuerzas sustentadoras de la vida ha crecido, al paso que han permanecido idénticos los medios de reparación, los alimentos, los vestidos, las habitaciones; el trabajo ha aumentado... y los perversos hábitos higiénicos han aumentado también hasta tal punto puede decirse que nuestra clase obrera gana, no para proporcionarse los medios de subsistencia, los medios que reparan o retardan el aniquilamiento de la vida, sino para debilitar y destruir los resortes que la sustentan³⁷.

Uno de los hechos que llamó más a menudo la atención de quienes cuestionaron el estado de salud de la población chilena, fue la mala condición de las habitaciones. Un observador señalaba: "¿En dónde todavía no se ven habitaciones que, más que albergues de hombres civilizados, parecen casuchas de esquimales, habitaciones aborígenes, o tumbas de vivos?"³⁸. Incluso la aparición de muchas enfermedades son explicadas directamente como resultado de la falta de higiene en las habitaciones, como habría sucedido, por ejemplo, con el "tifus exantemático"³⁹.

Las descripciones que se conocen de las edificaciones de la ciudad generalmente son muy crudas: "Los edificios son por lo general bajos, y construidos casi en totalidad de barro desecado con paja... las habitaciones de los pobres son sucias, inmundas, mal ventiladas y donde se respira, no el aire que vivifica y estimula, sino el aire que mata y asfixia. Construidas sobre el haz de la tierra y muchas bajo el nivel de las calles, sin más pavimento que la misma tierra, con una sola abertura por puerta, malamente techadas con manojos de paja, ahí se albergan, y ahí viven hacinados el padre, la madre, los hijos, el perro o el gato, y hasta parientes y amigos de la familia. Ahí también se lava, se aplancha, se cocina y se hacen todos los menesteres domésticos"⁴⁰.

³⁷WENCESLAO DÍAZ, op. cit. p. 118.

³⁸ISAAC UGARTE, "Algunas reflexiones...", p. 150. RAMÓN E. VEGA, op. cit., p. 196; R. DÁVILA BOZA, "Demografía en general...", p. 127. Adolfo Murillo, "La mortalidad en Santiago...", p. 556, "Toda la casa de una familia está formada por una pieza cuyas dimensiones son en general demasiado estrechas para una sola persona. Para su construcción no se consulta ninguna regla arquitectónica; se le coloca en el lugar que se encuentra más a mano; su piso es muchas veces si no siempre, más bajo que el de la calle o del suelo vecino, de tal modo que en los días de lluvia el agua penetra en él sin obstáculo ninguno; en cambio, le faltan el aire y la luz. En su interior se hace de comer, se lava y se duerme; los desperdicios, las basuras, se amontonan a sus alrededores o en lugares cercanos. Su menaje es de los más sencillos; ahí no se ven, más que raras veces, sillas, esteras, mesa o catre; todo se reduce a uno o más bancos de madera, una caja y unos cuantos útiles de cocina". Cf. R. DÁVILA BOZA, "Apuntes sobre el movimiento interno...", p. 257.

³⁹"Esta enfermedad incubada en la falta de higiene de las habitaciones, en la mugre y el desaseo personal constituye un verdadero baldón...". Cf. JAVIER RODRÍGUEZ B., "Hacia la despoblación", en AUCH., 1923, 1, p. 44.

⁴⁰ADOLFO MURILLO, "Breves apuntes para servir a la estadística médica y a la nosología chilena", AUCH., 1875, enero, p. 21. En otra descripción leemos: "... los desgraciados labriegos están reducidos a morar en chozas estrechas sin chimenea ni ventanas donde se hacinan mezclados dejando la puerta abierta para no aficciarse por el carbón o por el humo; prefieren también dormir al

Las deficiencias habitacionales se ven agravadas por las malas condiciones sanitarias de la ciudad, especialmente el escaso abastecimiento de agua, el deplorable estado de los desagües, la evacuación insuficiente de basuras, etc.⁴¹.

Las concentraciones de habitaciones de tipo popular en las ciudades más pobladas del país, especialmente en Santiago, recibieron el nombre de "conventillos". Ya en 1893 eran descritos como insalubres y concebidos como una forma especulativa de renta urbana⁴². El Estado los sometió a severa inspección, mediante empadronamiento en registro sanitario que debía permitir un mejor control de la declaración de enfermedades contagiosas, desinfección, insalubridad, epidemias, etc.⁴³. Incluso se dispuso la demolición de muchos de ellos, —"cosa que no siempre se cumplió"—. Pero lo significativo fue que la autoridad tomó conciencia del crítico problema: "En este sentido hay una tarea urgente que realizar, haciendo desaparecer, destruyendo los locales y habitaciones escandalosamente insalubres llamados conventillos, verdaderos focos de infección y de miseria, desde donde salen y se elaboran todos los contagios. ¿Quién de nosotros no ha visto piezas y cuartos de alquiler de cinco o seis metros cuadrados, sucios, desaseados, sin buena ventilación y sin luz solar suficiente, donde brota la humedad en el suelo y las paredes, y habitados por 6 ó 7 personas en íntima promiscuidad?"⁴⁴.

Durante los tres primeros decenios del siglo XX, las malas condiciones higiénicas (y su mayor repercusión: mortalidad alta) subsistieron sin experimentar variaciones. Sin embargo, lo más importante fue el abandono definitivo de la "solución educativa", privada e individual, y su reemplazo por una participación más directa del Estado, para lo cual la primera prioridad fue dotar a éste de los medios necesarios: "Quiero hacerme la ilusión de que el progreso y la difusión de la cultura irán haciendo desaparecer estos resabios de tiempos que fueron y que la higienización del país encontrará en el futuro un terreno más propicio para su desarrollo y perfeccionamiento". Así lo señalaba el Dr. Alejandro del Río en su conferencia del 28 de julio de 1923⁴⁵. Por su parte, el

sereno cuando lo permite la estación. La insalubridad de tales habitaciones se aumenta aún por el desaseo de los que las ocupan". Cf. WENCESLAO DÍAZ, "Medicina. Documentos a ella relativos y a la historia de las enfermedades en Chile", AUCH., Dic., 1863, p. 751.

⁴¹M. ELENA LANGDON, "Condiciones de Higiene Pública en Santiago hacia 1910". Mimeo, Santiago, 1982.

⁴²"Viviendo generalmente en las malas condiciones que resultan de la aglomeración de gente, me refiero a lo que lleva el nombre de conventillos, donde lejos de consultarse la comodidad y libre renovación del aire y sequedad de las habitaciones... únicamente se ha querido sacar provecho y el mayor lucro posible. Tienen que pagar con su vida el triste estado de pobreza en que han nacido por su desgracia". Cf. ELÍAS FERNÁNDEZ, "Estudios Higiénicos en algunos puntos de Chile", RM., Nov., 1873, p. 200.

⁴³R. DÁVILA BOZA y A. SÁNCHEZ C., "La inspección sanitaria en 1902", R. Ch. Hig., VIII, 1903, p. 171. "Registro Sanitario. Las habitaciones de Santiago", V Conferencia Sanitaria, Santiago, 1911, pp. 99-105.

⁴⁴JAVIER RODRÍGUEZ B., op. cit., p. 46.

⁴⁵ALEJANDRO DEL RÍO, "El problema sanitario", AUCH., 1923, p. 22.

asesor técnico del Ministerio de Higiene, J.D. Long, proponía para solucionar "el problema sanitario de Chile", desarrollar una política de salud cuyo objetivo primordial sería reducir la mortalidad modificando las causas que lo originaban. Para ello sugería mejorar el abastecimiento ciudadano de agua, la red de alcantarillado y desagüe y la alimentación popular e introducir modificaciones en la vivienda en orden a calefacción, iluminación, ventilación, etc. Y muy especialmente la dictación de un Código Sanitario.

Por desgracia se concibió la solución legislativa como exitosa por sí sola, apegándose al viejo criterio de que las leyes arreglan las cosas. Se legisló, por ejemplo, en favor de la construcción de habitaciones más baratas mediante exenciones tributarias y beneficios edilicios. El conventillo fue siendo reemplazado, o mejor dicho complementado, con "cités" que procuraban en último término abaratar el costo de la vivienda popular, creando una alternativa a la despiadada especulación observada en Santiago⁴⁶. Ya a fines del siglo XIX, la capital recibe un importante contingente inmigratorio que pasa a engrosar las filas del numeroso proletariado carente de vivienda. La renta urbana era alta (por sobre el 12% anual), porque la demanda de habitación superaba ampliamente la oferta. Por ello el Estado trató de interesar al capital privado en la construcción de nuevas habitaciones obreras, como único medio de abaratar los costos del arriendo, cuyos cánones no había bajado ni un ápice, ni siquiera después de fijárseles un tope máximo mediante ley. El Estado asumía, pues, un papel decisivo, y se reconocía el fracaso del antiguo sistema caritativo, individualista y privado. Aún más, junto con reconocerlo, lo impulsaban a asociarse en un proyecto que le garantizaba adecuados beneficios. El liberalismo utópico e "ilustrado" cedía de este modo lugar a otra forma de capitalismo⁴⁷.

Hasta aquí, podemos decir que todo nuestro análisis no es sino una aproximación muy indirecta a la complejidad de la situación que plantea el estudio de la salud. Es sólo una parte de una visión mucho más amplia que engloba toda la sociedad, de modo que aparezcan también las ideas clásicas del liberalismo decimonónico o del liberalismo burgués del siglo XX. En el fondo, la preocupación por la salud pública a través del mejoramiento de las condiciones higiénicas o sanitarias tiene un objetivo que no necesariamente se expresa en un solo aspecto, sino en una variada gama: humanitarismo, evitar la inmigración, religioso, nacionalista, de orden y, naturalmente, el impacto económico. A medida que el obrero se va integrando al proceso de producción capitalista,

⁴⁶A los propietarios de los conventillos se les ha despertado del indolente sueño en que vivían, ignorando muchas veces el estado ruinoso, deletéreo y mortífero en que se encontraban las habitaciones que ellos arrendaban al pobre, obteniendo elevados alquileres y aprovechándose, sin esfuerzo alguno y con perjuicio de la salud y vida del pobre, del alza natural del valor de la propiedad urbana de ciudades, en período de formación y desarrollo, como Santiago". Cf. E. CONCHA S., "Las habitaciones populares en Chile", V Conferencia Sanitaria, 1911, p. 245.

⁴⁷"Es preciso reconocer que la modificación en gran escala de la habitación no se obtendría por la acción de la caridad privada que dispone de recursos limitados, sino por la obra del capital, el cual, para entrar en vasta proporción a la construcción de barrios populares, necesita ser estimulado para darle confianza con la garantía del Estado". E. CONCHA S., Id. ant. p. 246.

adquiere una significación más importante, y es por ello que el problema sanitario se presentará con mayor urgencia en los barrios populares. Un cálculo efectuado en 1926 demuestra que "en Chile, con una mortalidad de 29,2 por mil, y en donde ocurren alrededor de 124.000 muertes por año, habrá de acuerdo con las apreciaciones mencionadas, cerca de 2.480.000 personas enfermas cada año, durante 20 días cada una lo que significa una pérdida de 59.600.000 días de trabajo útil el que, avaluado en \$ 4 por día por término medio, representará una pérdida económica para el país de más de \$ 238.480.000 por año"⁴⁸.

La acción que se reserva a la higiene o estado sanitario público, apuntará ahora a fines específicos: "... va hacia el individuo sano para enmendar las variantes de la salud que acusan inferioridad, para vigorizarlo, para vigilar que el trabajo se haga en condiciones que no excedan de la normalidad del esfuerzo, para hacerlo sentir el placer de la plena salud y el contento de vivir"⁴⁹. Sin embargo, la incidencia económica es palmaria. Se toma conciencia de que la alta mortalidad sólo tiene solución mediante un mejoramiento de los "problemas higiénicos que engendra, que son también problemas económicos de considerable importancia desde que la gran mortalidad constituye un malestar social que toca de cerca a la riqueza de un país... Es desde este doble punto de vista que debe ser considerado el estado sanitario de una ciudad; por las víctimas que hace y por el número de individuos que sustrae de su labor cotidiana, anulándoles como factores de riqueza durante los días de enfermedad"⁵⁰. Hasta es posible pensar que el interés demostrado por el mejoramiento sanitario se extendió más allá del individuo, llegando a proteger también el entorno, la ciudad, el medio ambiente, pero un entorno particularmente económico.

Señalaremos algunas conclusiones provisorias. Desde luego que hay una clara conciencia entre los analistas contemporáneos de lo que podríamos llamar una mortalidad diferencial, que se fundamenta en la correlación entre pobreza y sobremortalidad. El análisis que hacen los contemporáneos opera en dos niveles: uno, lo concreto, relativo a la higiene y a las reglas que la rigen, y el otro, ideológico, que recoge una idea sociológica que compromete a todo el orden social. Los objetivos a los que apunta el "discurso" sobre la salud son variados: morales, éticos, religiosos, de orden, cohesión familiar y social, etc. Destaquemos asimismo que a partir de la segunda mitad del siglo XIX, se trata de un análisis centrado casi única y exclusivamente en el medio urbano. El medio rural está prácticamente excluido de todo análisis. En cuanto a la función del Estado, ésta fue tardía. Su preocupación coincide con la integración del obrero al proceso de producción, que es un fenómeno esencialmente urbano, lo que explicaría el descuido por atender el sector rural, excepto en los casos de epidemias agudas. Así se habría operado en Chile una "revalorización" capitalista del trabajador más temprano de lo que se ha pensado. Sin duda hubo una

⁴⁸J. D. LONG, "El Problema Sanitario de Chile y su Solución", AUCH., 1926, 1, p. 790.

⁴⁹ALEJANDRO DEL RÍO, OP. CIT., p. 9.

⁵⁰LUCIO CÓRDOVA, op. cit., p. 57.

fuerte presión sobre el sector urbano de corrientes inmigratorias de trabajadores al detenerse el "crecimiento" económico en la segunda mitad del siglo XIX. Pero ello, a nuestro entender, habría sido un factor paralelo y "agravante" de esa revalorización capitalista del obrero urbano y que justificaría una mayor preocupación sanitaria en la ciudad.

LOS INDICADORES DE LA SALUD

Para una análisis en profundidad de todos los problemas que comporta el sector salud, sería indispensable el conocimiento acabado de la evolución seguida por los principales indicadores en el período estudiado. Entre ellos, los cambios en las causas de mortalidad es el primero, pero tampoco pueden ignorarse otros, tales como niveles de salud y uso y distribución de recursos. Las fuentes permiten aproximarse a algunos de ellos, y esperamos afinar métodos de análisis que hagan más seguras las conclusiones.

Cuando comparamos la mortalidad actual, los últimos 40 años, con lo que acontecía en el siglo XIX, queda de manifiesto una clara tendencia a una sistemática declinación de los "riesgos de salud" a los que estaba expuesta la población chilena. La alta mortalidad que todos los analistas decimonónicos ponen de manifiesto, y muy especialmente la mortalidad infantil, han sido las más beneficiadas, alcanzando prudentes niveles si se los analiza en comparación con otras variables tal como el ingreso de la población. Igual cosa puede decirse de la esperanza de vida.

Al intentar una evaluación cuantitativa de la mortalidad en Chile durante el siglo XIX —como también acontece con cualquier otra variable demográfica—, se hace indispensable una profunda verificación de los datos disponibles. En el hecho, éstos no faltan, pero plantean agudas interrogantes sobre su calidad y exactitud, cualquiera sea su procedencia. Tanto la información censal como la estadística oficial exigen siempre un ajuste previo probablemente muy superior al 5% que se ha calculado⁵¹, ya que es seguro que una proporción más elevada de la población ha quedado sin empadronarse. El bajo nivel cultural de los empadronadores, generalmente no remunerados en esa labor, y la ineficiente burocracia, son algunas razones que lo explican. Pero si bien estos errores se atenúan al establecerse comparaciones entre un censo y otro, hacen casi imposible una comparación internacional.

Antes de 1885 los datos proporcionan tasas totalmente contrarias a las tendencias demográficas de más larga duración. La corriente práctica del bautismo tardío —índice recogido para establecer los nacimientos—, a menudo después de un año de edad o simplemente nunca, constituye la primera desviación seria de estos datos. Sin embargo, aunque difícil, no es imposible de obviarse, ya que una tabla de mortalidad adecuada permitiría evaluar los nacimientos omitidos. Otro elemento perturbador lo constituye la alta tasa de ilegitimidad a causa del

⁵¹JUAN CROCCO FERRARI, *Ensayo sobre la población chilena*. Santiago, 1947, p. 23 y ss. ARMANDO VERGARA, *Población de Chile: estudio sobre su composición y movimiento*. Santiago, 1900. Cf. ROBERT McCAA, "Chilean Social and Demographic History. Sources, Issues, and Methods", LARR., 13,2. 1978, pp. 104-126.

prejuicio de los padres, que para evitar una cierta vergüenza social, dilataban la inscripción del hijo o simplemente prescindían de hacerlo. No menos importante era también lo oneroso del rito, ya que los fondos del curato dependían de los ingresos provenientes de ellos. Fueron comunes tarifas de un peso por bautismo a mediados del siglo XIX, cuando un obrero agrícola no recibía más de dos reales diarios⁵².

Para el estudio de la mortalidad, los datos de defunciones contienen también un alto porcentaje de subregistro, explicable por la gran extensión de la parroquia, además del alto costo del rito. Hay más de un testimonio durante las segundas nupcias de enterramientos del primer cónyuge, en el campo o en arroyos, lo que indicaría que no se hizo la inscripción de la defunción en los libros parroquiales. Es evidente por ejemplo el contrasentido entre el "suave" nivel de mortalidad infantil que es posible calcular con los datos "oficiales", y los innumerables testimonios particulares —y, a veces, muy bien documentados—, de la pavorosa mortalidad de niños de baja edad. Sin duda que muchos "párvulos" se enterraron simplemente en el campo.

También es necesario señalar las disparidades regionales que muestra la calidad de los datos. Sin apartarnos de los indicadores de mortalidad, podemos pensar que los datos correspondientes al departamento de Santiago reflejan una imagen más cercana a la realidad. La inscripción de defunciones sería mucho mejor que en el resto del país, aun cuando hay que señalar también que aquí se encuentran las peores condiciones de mortalidad. Una tasa de mortalidad de 470 por mil en el grupo de edad de 0-7 años supondría una inscripción de defunciones relativamente aceptable, aunque es muy probable que la tasa real haya sido más alta. A modo de ejemplo, y utilizando los datos del año 1854, podemos ver que la población total del departamento de Santiago alcanza a 129.473. Por su parte, los bautizos fueron 7.152 y las defunciones del mismo grupo 0-7 años llegaron a 3.278. De este modo, la proporción de defunciones de este grupo sobre el total de bautizos alcanza a 470 por mil. El mismo año, tenemos una proporción de sólo 265 por mil para todo el país; de 195 en la pequeña localidad agrícola de Cauquenes y de 255 en la aldea minera de Petorca. Por último, si el cálculo lo hacemos estableciendo la relación entre defunciones de 0-7 años y población total del mismo grupo de edades, tenemos las siguientes magnitudes:

País: 57,0

Santiago: 152,0

Cauquenes: 48,0

Petorca: 32,0

Lo que pasa es que se da una cierta compensación entre subinscripción de defunciones y bautismos. Ahora en los casos específicos de las dos parroquias provinciales (Cauquenes y Petorca), la enorme extensión de sus áreas jurisdic-

⁵²ROBERT MCCAA, op. cit. ant. p. 115. Del mismo, *The Demographic Transition in Chile: The population History of the Petorca Valley*. Umpub. Ph. D. Diss., University of California Los Angeles, 1978.

cionales ha influido ciertamente en el alto subregistro. El establecimiento del Registro Civil sin duda constituyó un importante paso en el perfeccionamiento de los datos vitales. Sin embargo, en los primeros años se plantearon graves problemas; más allá de la oposición del clero y de los hábitos de los padres, había realmente muy pocas oficinas del Registro Civil, y el horario de atención diario era muy breve. En otras palabras, las facilidades administrativas eran insuficientes, además de onerosas, para que la gente alcanzara a registrar los hechos ocurridos. Los años posteriores conocerán un aumento del número de oficinas, lo que permitió hacia 1920 un notorio mejoramiento del registro.

Finalmente, hay que señalar otro gran problema que actúa en cualquier estimación de mortalidad: la mala declaración de las edades de los difuntos. Todo lo anterior permite estimar un margen de subregistro no inferior a 30% antes de 1905, que bajaría a 25% entre 1905 y 1930. Una aproximación relativamente segura del nivel de mortalidad, nos la da la proporción de viudas en el conjunto de mujeres de 50 y más años.

Año	Nº de viudas	Población femenina de 50 y más años	Indice
1854	45.518	63.306	720
1865	63.068	83.625	750
1875	74.580	76.422	980
1885	91.951	108.146	840
1907	132.061	208.245	632
1920	137.126	224.134	615
1930	162.320	257.659	630
1960	222.161	522.509	425

FUENTE: Cifras oficiales. Censos Nacionales.

Las anteriores precauciones constituyen el mínimo elemental que se debe tener presente al manejar los datos existentes sobre la mortalidad chilena entre 1840 y 1930. El uso de los datos brutos para el período anterior a 1875 muestra bajas tasas de mortalidad que no están en correspondencia con ningún antecedente objetivo que demuestre condiciones excepcionales de vida en el país que las hubieran hecho posible. Entre 1848 y 1872, hay una tasa media de 24,0 con una fluctuación entre 18,3 como mínimo en 1848 y 34,6 en 1871. Estos bajos porcentajes mueven a dudar de la calidad del registro. Entre 1872 y 1923, los porcentajes son relativamente más homogéneos y acordes con las condiciones generales en que se mueve la evolución de la población chilena. Las cifras fluctúan entre 24,2 como mínimo en 1884, y 37,6 como máximo en 1892. No hay grandes fluctuaciones y las cifras extremas se mantienen a niveles cercanos de la media del período, calculada en 31,3. A partir de 1923, asistimos a un descenso ininterrumpido de la tasa de mortalidad, que alcanza proporciones moderadas, aunque todavía altas, pero que testimonian un lento desarrollo de mejores condiciones de vida para la población chilena.

Sólo con las cifras brutas, a comienzos del siglo xx morían en Chile 36 personas por cada 1.000, frente a 29 en España y a 18 en el resto de Europa. La enorme desventaja, 18 por 1.000, sólo pudo ser compensada con una extraordinaria natalidad. Teóricamente, hay tres factores que pueden intervenir en el crecimiento de la población: aumento de la fecundidad, prolongación de la vida e inexistencia de corrientes de emigración. Ahora bien, en la práctica, todas estas causas han contribuido al crecimiento de la población chilena, agregándose, al interior de su desarrollo, un proceso de inmigración que afecta a toda América Latina durante los siglos xix y xx, y al cual Chile no escapó del todo.

Estas fluctuaciones a las que se ve sometida la mortalidad a lo largo del período que nos ocupa dependen, como en todo grupo social, de una serie de factores internos y externos, muchos de los cuales tienden a estabilizarse definitivamente sólo a partir de 1930, creando con ello las condiciones favorables para una disminución de la mortalidad y para una fluctuación menos fuerte en un largo período. Durante todo el siglo xix y el primer tercio del siglo xx, tanto las condiciones sanitarias como el standard general de la vida chilena son precarios, y constituyen una débil base sobre la cual actúan, de tiempo en tiempo, una serie de factores epidémicos que vienen a acentuar otros endémicos, ocasionando grandes pérdidas de vidas humanas.

En un informe como el presente, no podemos extendernos en detalle ni sobre el tratamiento de las fuentes, ni sobre los factores concomitantes que acompañan o siguen a cualquiera de los indicadores de salud. Además, en el estado actual de nuestra investigación, aún no es posible concluir, sin riesgo de errores u omisiones, interpretaciones definitivas acerca de esos indicadores. Sin embargo, podemos resumir algunas hipótesis de trabajo previas que guían o han guiado la investigación.

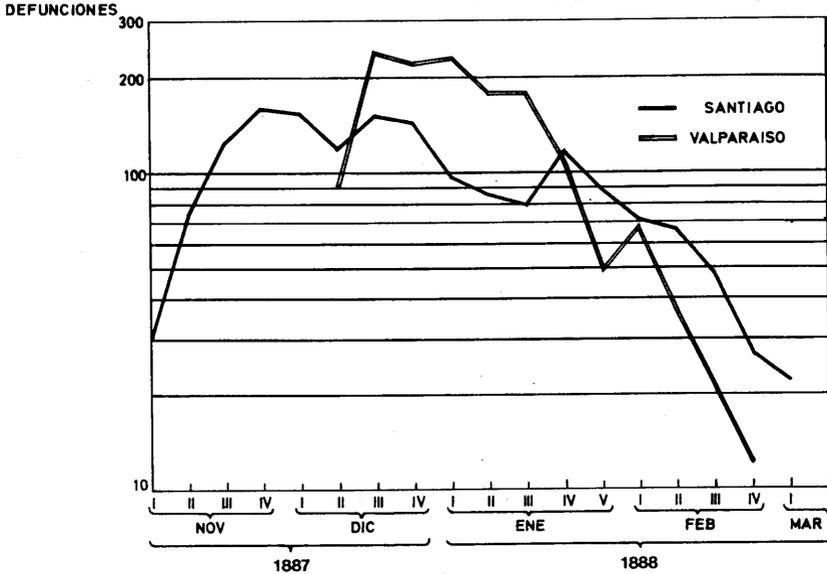
Es larga la lista de enfermedades o pestes que afectaron a esta población. El cólera, enfermedad procedente de África, se expande en Europa ya desde 1830, aunque en Chile la vemos aparecer con caracteres epidémicos sólo en una ocasión durante el siglo xix: entre 1886 y 1887. El mal era conocido en el país. En 1868 y en 1874 se habían tenido noticias de su propagación, pero sus consecuencias fueron benignas. No así en 1886-87. La epidemia ingresó a Chile desde Argentina, a través de los pasos andinos, y desde allí se propagó a todo el país en dos oleadas sucesivas. La fuerza con que golpeó a la población fue diferente en estas dos ondas, y los centros urbanos son, en ambos casos, los más afectados, llegando a perder algunos de ellos hasta el 5% de su población efectiva en los 60-70 días de su duración⁵³.

Otro antiguo mal epidémico que afectó periódicamente a la población chilena fue la viruela. Sus repercusiones sobre la mortalidad son permanentes, y en

⁵³ Archivo Nacional. Colección Ministerio del Interior, Volúmenes 1454-1459. V. WENCESLAO DÍAZ, *Memoria de la Comisión Directiva del Servicio Sanitario de Cólera*. Santiago, 1988. LUIS ESPEJO, *Memoria sobre la epidemia de cólera de Chillán*. Chillán, 1888. *Epidemia de cólera en el país. Informe de los médicos de Lazaretos*. RMCh., febrero 1887, pp. 341-350. DAVID MESA, "Estudio Científico de la epidemia del cólera en el departamento de Santiago", RMCh., mayo 1887, pp. 481-490.

LA EPIDEMIA DE COLERA EN SANTIAGO Y VALPARAISO.- Número de defunciones.

FUENTE: Cifras Oficiales (W. DIAZ, op. cit.).



muchos casos catastróficas. Son incontables las epidemias que se conocen hasta 1925, cuando comienza su declinación sistemática. Hasta 1895, se constituyó en un mal endémico por sus efectos sobre la población. Y ni siquiera 100 años de programas públicos para propagar la vacuna, para aislar a los variolosos o para enterrar sus restos sin que amenazaran la salud pública, terminaron con las características endémicas de esta enfermedad. A partir de 1845, a nivel nacional, la viruela sólo se presentará con caracteres epidémicos en 3 ocasiones: 1905-6; 1909-11; y 1921-22, para desaparecer casi completamente después de 1925.

El estudio cuantitativo de la viruela se dificulta enormemente antes de 1885, ya que los datos respectivos no fueron registrados minuciosamente por los curas encargados de hacerlo. Aún así, las cifras disponibles testimonian la magnitud de sus consecuencias:

Período	Nº de fallecidos por viruela
1860-69	4.302
1870-79	6.327
1880-89	33.680
1890-99	34.966
1900-09	24.422
1910-19	13.415
1920-29	11.711

FUENTE: Cifras Oficiales. Dirección Nacional de Estadística.

Las cifras decenales, sin embargo, esconden la gravedad de cada una de las epidemias. En 1865 hay 2.094 muertos por viruela. En 1876 se registran 2.160. Entre 1879 y 1880, murieron 11.531 personas por la misma causa, y 9.686 entre 1882 y 1884. En 1886 una nueva manifestación origina 8.121 muertos. En los seis años que van de 1890 a 1895 mueren 24.618 personas a causa de la viruela. Entre 1905-06 mueren 14.000 personas por el mismo mal y 10.621 entre 1909-11. La última epidemia, entre 1921-22, ocasionó 11.200 víctimas, para llegar finalmente a 1925 con sólo 26 casos de esa enfermedad y 2 en 1930⁵⁴.

Los flagelos tales como el cólera y la viruela no son los únicos que sufre la población chilena a lo largo de su historia. Otros males son también agentes permanentes de mortalidad y su crudeza, al igual que los anteriores, tiende a disminuir paulatinamente —aunque en forma segura—, a medida que se mejoran las condiciones higiénicas y sanitarias de la vida nacional. El grupo de las enfermedades infecciosas es, sin duda, el que conoce las cifras más altas y constantes:

Período	Atendidos por enfermedades infecciosas
1900-09	234.599
1910-19	235.512
1920-29	262.830
1930-39	261.951
1940-49	208.746

FUENTE: Cifras Oficiales. Dirección Nacional de Estadística.

Las cifras anteriores corresponden a las atenciones de enfermos por algunas de las siguientes enfermedades: Tuberculosis (Tisis), tifus exantemático, tifus abdominal, viruela, sarampión, coqueluche, gripe y otras de escasas incidencia en la cifra total. Aquí también las proporciones decenales esconden algunos años más críticos: 1905-6, con 60.000 atenciones. 1919 con 43.667. 1921 con 33.000 y 1923 con 34.146. A partir de 1940 la disminución es muy significativa⁵⁵. Algunas de

⁵⁴Una epidemia de viruela conlleva siempre una mortalidad superior al 50% de los casos afectados. V. PEDRO O'RIAN, "Revista de la epidemia de viruela de 1872", RMCh., Nov. 1872, pp. 196-283. "Datos estadísticos. Defunciones por la viruela en 1885 y 1886". RMCh., mayo 1887, pp. 516-521. JENARO CONTARDO, "Causas de la propagación de la viruela en Chile". RMCh., Dic. 1877, pp. 209-222. "Vacuna y Viruela. Estadística", RMCh., julio 1892, pp. 262-265. R. DÁVILA BOZA, "La Viruela", RMCh., marzo 1893, pp. 81-87. Del mismo, "Medidas contra la viruela", RMCh., abril 1893, pp. 123-137. "Estadística de varilosos. 1840-1892". RMCh., mayo 1893, pp. 238-246. W. UGARTE SERRANO, "Viruela y vacuna en Chile", Hig. y Asist. Pública, 1911, pp. 521-530.

⁵⁵A título de ejemplo, señalemos solamente las consecuencias de la epidemia de tifus exantemático ocurrida en Santiago, entre los meses de febrero y septiembre de 1919. Los hospitales recibieron un total de 7.913 enfermos, de los cuales falleció el 15%. Las repercusiones parecen haber sido igualmente graves en el resto del país. En Concepción, en sólo 10 días (del 6 al 15 de

estas enfermedades "infecciosas" constituyen auténticas "cegadasoras de vida", y se repiten a lo largo de muchos años. La tuberculosis, por ejemplo, cuyos caracteres son particularmente graves. El fuerte ritmo de mortalidad por tuberculosis sólo se detiene a medida que mejoran las condiciones de vida, y es justamente la estrecha dependencia con este último factor lo que explica su larga permanencia.

Período	Mortalidad pot TBC
1860-69	15.898
1870-79	29.621
1880-89	31.231
1890-99	48.534
1900-09	81.483
1910-19	92.429
1920-29	95.398
1930-39	114.553
1940-49	130.040
1950-59	46.827

FUENTE: Cifras Oficiales. Dirección Nacional de Estadística.

Sólo muy recientemente, a mediados del siglo XX, los programas públicos de prevención hicieron posible controlar la alta mortalidad que originaba la tuberculosis. A diferencia de otros males, en este caso no hay años excepcionales, sino que el nivel es permanentemente estable en torno a los 10.000 casos por año⁵⁶.

Las posibilidades de brindar una atención sanitaria eficiente a la población aumentaron considerablemente durante el siglo XX, contribuyendo con ello a erradicar definitivamente la fatal propagación de algunas epidemias. Muchos males que ocasionaron numerosas pérdidas de vidas humanas en el siglo XIX desaparecen casi por completo a partir de la década del 30. Sabemos que en 1860 existían en Chile 27 hospitales distribuidos en todas las provincias para atender

septiembre), el hospital recibió 50 enfermos de tífus exantemático, falleciendo 10. V. "La Epidemia de Tífus exantemático", RMCh., Oct. 1919, pp. 793-798. A. ATRÍA, "El tífus exantemático en Chile", RCh. Hig., 1919, pp. 63-149. Otro ejemplo nos lo da la peste bubónica, que atacó a la pequeña localidad de Pisagua en los meses de febrero y marzo del año 1905. En los dos meses se atendieron 500 afectados, de los cuales murieron 130, o sea, el 26%. V. LUIS MIDDLETON, "La peste bubónica en Pisagua", R. CH. Hig., 1906, pp. 185-235. El año 1907 este mismo mal atacó al puerto de Arica. Entre marzo y mayo, la sola estación sanitaria atendió 105 casos, falleciendo 50 de ellos. También en Iquique se recibieron 200 enfermos, de los cuales murieron 81. V. "La peste bubónica en Chile", R. Ch. Hig., 1010, pp. 183-195.

⁵⁶ERNESTO SOZA, "Breve historia de la tuberculosis en Chile". Rev. de Beneficiencia Pública, 1922, pp. 302-317. R. DÁVILA BOZA, "Mortalidad por tuberculosis en algunas ciudades de Chile", R. Ch. Hig., 1907, pp. 300-306.

una población cercana al millón y medio de habitantes. A comienzos del siglo xx, su número subió a 69, mientras que la población se duplicó. En la primera mitad del siglo xx, la capacidad hospitalaria del país aumentó al doble.

AÑO	Nº DE HOSPITALES	PACIENTES ATENDIDOS	Nº DE CAMAS
1865	29	53.589	
1875	42	48.403	—
1885	64	58.065	—
1900	74	63.151	—
1905	80	89.707	—
1910	98	103.562	10.106
1915	109	110.976	10.395
1920	117	142.173	11.806
1925	124	149.950	12.614
1930	142	206.183	15.697
1935	149	261.262	18.045
1940	161	312.699	24.982
1950	178	434.134	27.832

FUENTE: Cifras Oficiales. Dirección Nacional de Estadística.

Como ya lo hemos señalado, son el mejoramiento sanitario y el mejoramiento de las condiciones generales de la vida nacional, los principales antecedentes que explican el decrecimiento de muchos males epidémicos o endémicos y la desaparición definitiva de algunos de ellos. Los 17 individuos que fallecieron por cada 100 que ingresaron a los hospitales de la República en 1859, disminuyeron a 4 a comienzos de la segunda mitad del siglo xx. Del mismo modo, el número de habitantes por cada hospital se redujo a la mitad entre 1860 y 1950, pasando de 50.000, a poco más de 20.000. En fin; si a comienzos del siglo xx sólo dos personas de cada 100 recibió atención hospitalaria, en 1950 la cifra fue cercana a los 70.

No sólo el evidente aumento de la atención hospitalaria constituye un indicador valioso del mejoramiento de las condiciones sanitarias. Junto a éste, corre paralelo otro proceso de perfeccionamiento profesional y de modernización de la infraestructura. A ello nos referimos en la parte de la investigación dedicada a la "medicalización de la sociedad". Pero también es necesario destacar las campañas y programas de prevención y detención de algunos males agudos, como la viruela, la tuberculosis, las desinterías, etc., y las campañas de vacunación masiva. El nexo de causas más importantes en la mantención de los elevados niveles de mortalidad general, materna, desnutrición y, muy especialmente, mortalidad infantil, eran las condiciones endémicas que predominaban. La propagación de la vacuna y su aplicación a todos los sectores de la población contribuyó considerablemente a disminuir el mortífero ritmo de algunas epidemias.

Período	Nº de vacunaciones (promedio anual)
1860-69	134.450
1870-79	192.786
1880-89	656.721
1890-99	447.592
1900-09	581.847
1910-19	702.953
1920-29	1.472.756
1930-39	1.049.090

FUENTE: Cifras Oficiales. Dirección Nacional de Estadística.

LA MORTALIDAD INFANTIL

Hemos dicho anteriormente que la muerte era un factor omnipresente en la sociedad chilena del siglo XIX, y que la mortalidad infantil era pavorosa. La esperanza de vida al nacer era, para un varón, no superior a los 28 años. Esta realidad se modificó leve, aunque sistemáticamente, hasta 1940. A mediados del siglo XIX, de cada 100 niños nacidos vivos, menos de 70 alcanzaban el año de edad, y no más de la mitad llegaban a la condición de adultos. Las causas generales de esta realidad componen una larga serie: malas condiciones higiénicas, habitaciones insalubres, obras sanitarias insuficientes, aguas contaminadas. Hay que agregar, además, la deficiente alimentación de las familias populares y los constantes brotes epidémicos.

No es fácil establecer tasas seguras de mortalidad infantil. A mediados del siglo XIX era superior a 300 por mil nacidos vivos. La reciente publicación de una serie de tasas de mortalidad infantil para el período 1870-1975 parecen estar algo disminuidas, al menos en los primeros decenios de la Tabla⁵⁷. Para el período 1890-95, habría sido de 377 por mil nacidos vivos, de acuerdo al estudio de Murillo redactado en 1899⁵⁸. A comienzos del siglo XX, esta tasa habría bajado a 250 por mil, testimoniando un lento mejoramiento en la esperanza de vida de los menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en 1940⁵⁹. En otras palabras, podemos decir que tras estos porcentajes se esconde un exitoso esfuerzo por reducir las muertes prematuras y aumentar el progreso nacional.

Aunque lenta, la disminución expresa un mejoramiento de las condiciones sociales y ambientales, probablemente acompañado de un aumento de la

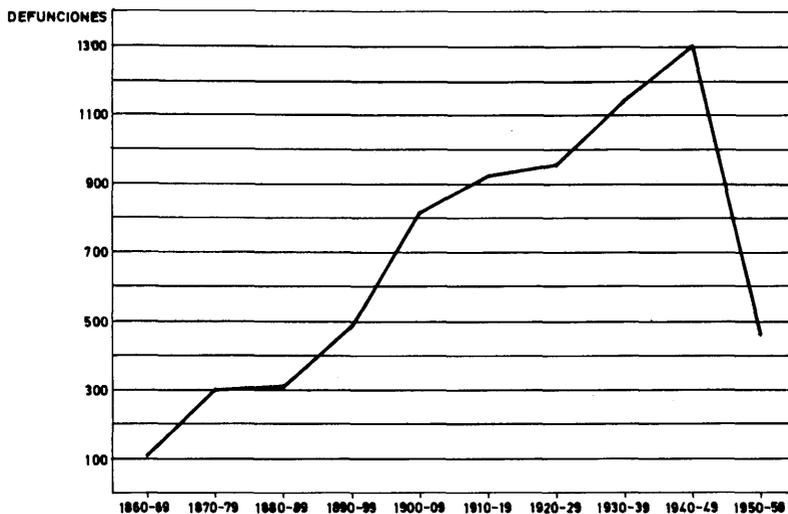
⁵⁷ *Historical Statistics of Chile. Demography and Labor Force*. Vol. 2. Compiled by Markos J. Mamalakis. Westport, Connecticut, 1980. p. 40.

⁵⁸ Contra 338,0 que señala Mamalakis. Cf. A. MURILLO, "La mortalidad en Santiago", R. Ch. Hig., V. 1899, p. 96.

⁵⁹ V. HUGO BEHM, *Mortalidad Infantil y nivel de vida*. Santiago, 1962, p. 42. La esperanza de vida al nacer no sería superior a 30,5 años hasta 1920. Luego conoce un fuerte incremento, llegando a 38,1 en 1940 y 50,2 en 1952. V. EDUARDO E. ARRIAGA, *New Life Tables for Latin American Population in the Nineteenth and Twentieth Centuries*. California, Berkeley, 1968, p. 65.

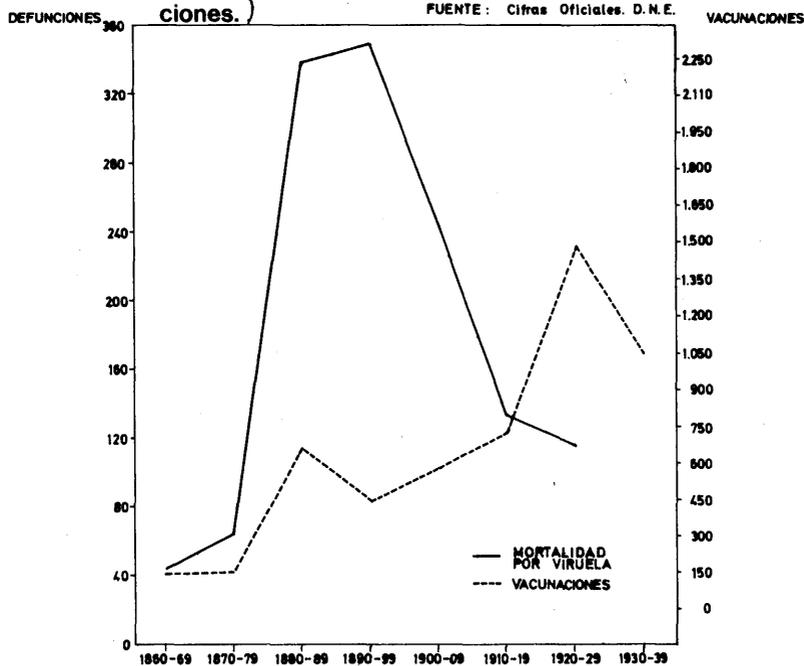
**LA MORTALIDAD POR TBC.
(Promedios decenales).**

FUENTE: Cifras Oficiales. D.N.E.



**LA VACUNA Y LA VIRUELA.
(Promedio anual por periodos decenales
de defunciones por viruela y de vacuna-
ciones.)**

FUENTE: Cifras Oficiales. D.N.E.



riqueza del país, ya que se trata de un indicador altamente sensible a la distribución de los recursos. Mejor alimentación, mayor atención a las oleadas epidémicas, disminución del alcoholismo, oportuna atención médica, se transformaron en objetivos inmediatos de programas nacionales inspirados por el Estado por la vía de una reasignación de recursos. Pero ello sólo es marcadamente notorio a fines del período estudiado. En los 100 años anteriores, la realidad es la opuesta.

Los factores que pueden insidir en la mortalidad infantil son complejos. A los ya señalados, y que los observadores contemporáneos ponen siempre de manifiesto, nuestra investigación pretende también ocuparse de otros: la edad de la mujer al parto, la sucesión de los intervalos de los embarazos, la acción médica directa, la ilegitimidad y la lactancia materna. En relación con esto último, probablemente la mujer conoció una excepcional fecundidad y cortos intervalos intergenéticos, explicables en parte por la costumbre de alimentar a los menores fuera del hogar, práctica que habría sido más común de lo que se piensa. "...la mayor parte de los niños de las clases más altas y más bajas no maman del pecho de sus madres más que por excepción", afirma un estudio de 1899⁶⁰. Los hijos de familias acomodadas son entregados al amamantamiento de nodrizas, que no siempre vigilan con rigurosidad los cuidados que requiere el recién nacido. Por su parte, estas nodrizas abandonan sus propios hijos en manos de otras mujeres para dedicarse a criar hijos ajenos, a cambio de una retribución superior a cinco pesos mensuales.

Lo anterior debilitó las condiciones sociales y ambientales de los primeros meses de vida, acentuando los peligros para los recién nacidos. "...puede afirmarse... de la generalidad de las nodrizas, que por lo menos mata cada una un niño y enferma a otro; mata al hijo propio que abandona, y enferma al niño ajeno que toma a su cuidado". Así se describía esta práctica a fines del siglo XIX⁶¹. Pero ello generó también otros efectos concomitantes, como la reanudación de la ovulación en las madres que no amamantan, acelerando los "riesgos" de un nuevo embarazo. O bien el retraso del mismo hecho entre las nodrizas, que espaciarían así sus propios hijos.

No podemos terminar este informe, sin reafirmar el sentido provisorio de las conclusiones apuntadas en las páginas anteriores. Igualmente, el carácter fuertemente interdisciplinario que conlleva esta investigación, orientada al conocimiento de una problemática biohistórica que permita comprender mejor, por un lado, las interrelaciones ideológicas expresadas en la forma de entender un problema social —la salud—, y, por otro, las respuestas que da el grupo para su atención. Agreguemos que la presencia tardía del Estado en las políticas de salud son coincidentes con una mayor integración del trabajador al

⁶⁰R. DÁVILA BOZA, "Mortalidad de los niños en Santiago...", p. 310.

⁶¹Id. ant. p. 312.

proceso de producción moderno. La salud de la población se transforma, históricamente, en un problema de interés público conjuntamente con la consolidación del Estado como gestor del bien común, administrando los recursos necesarios a su mejoramiento. Los índices actuales, vendrían a testimoniar los progresos y los resultados obtenidos.